

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N° 479

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Moise WEISSMANN

Né le 31 janvier 1897 à Botosani (Roumanie)

UN CAS

DE

TUBERCULOSE DE L'ASTRAGALE

(RÉSULTAT ÉLOIGNÉ)

Président : M. BROCA, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

479

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Moïse WEISSMANN

Né le 31 janvier 1897 à Botosani (Roumanie)

UN CAS

DE

TUBERCULOSE DE L'ASTRAGALE

(RÉSULTAT ÉLOIGNÉ)

Président : M. BROCA, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1924



LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses.....	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment ^{le} .
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT...	Bactériologie.
RIBIERRE....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUCEROT....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTETTER....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	MM.
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.	PROUST Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.	RATHERY..... Clinique médicale.
LEREBoulLET. Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LÉRI Clinique médicale.	TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique.
LÉPER Clinique médicale.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
N.	
LEDoux-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de notre profonde affection et de notre infinie reconnaissance.

A MA SŒUR

Hommage de sincère affection.

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE BROCA

Professeur de Clinique chirurgicale infantile
à la Faculté de Paris
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades
Officier de la Légion d'honneur

*Pour le très grand honneur qu'il
nous a fait d'accepter la présidence
de cette thèse. Hommage de toute
notre reconnaissance.*

UN CAS
DE
TUBERCULOSE DE L'ASTRAGALE
(RÉSULTAT ÉLOIGNÉ)

Notre camarade Charitch a consacré sa thèse, d'après plusieurs observations recueillies dans le service de M. Broca, à l'étude des lésions tuberculeuses de l'astragale et des indications qu'elles peuvent fournir à l'astragalectomie.

C'est là, en effet, une opération quelquefois fort utile chez l'enfant, à la fois pour drainer bien un pied où il y a des arthrites subaiguës par infection mixte et pour supprimer le foyer principal des lésions osseuses. Il n'y a pas à revenir sur l'astragalectomie pour drainage complet d'une suppuration du pied : la suppression de ce bloc osseux qui fait partie de toutes les articulations en haut, en bas, en avant, est indispensable au libre écoulement du pus. Cette opinion est classique ; en particulier elle a été soutenue par Ollier et elle est exacte quelle que soit la nature de la suppuration.

D'ailleurs, dans les cas dont nous nous occupons, c'est-à-dire, dans les cas de tuberculose chez l'enfant, en particulier, il n'y a d'indication opératoire que s'il y a infection mixte, c'est-à-dire, si des microbes pyogènes, staphylocoques et streptocoques, viennent ajouter leur action à celles du bacille de Koch.

Nous n'avons pas à nous inquiéter des indications possibles chez l'adulte avant la période de fistulisation et d'infection mixte tout en disant qu'alors bien d'auteurs, dont M. Broca, pensent que les succès de l'astragalectomie précoce avec synovectomie sont bien aléatoires. Il paraît bien difficile de nettoyer les synoviales si complexes du pied à partir du moment où elles sont envahies par les fongosités et il semble que bien souvent, dans la classe ouvrière surtout, l'amputation précoce soit le traitement de choix.

Chez l'enfant, la question est tout à fait différente et la thérapeutique non opératoire donne presque toujours de bons résultats. Elle seule est de mise tant qu'il n'y a pas de fistulisation. La suppuration, il est vrai, est fréquente en cette région ; et même on constate que souvent on n'évite pas la fistulisation. Cela correspond à cette règle générale que les ponctions sont d'autant plus efficaces à ce point de vue que les parties molles sont plus épaissies autour de la poche purulente. Or ici, comme au poignet et au coude par exemple, les abcès ne sont guère recouverts que par la peau et celle-ci s'amincit pour s'ulcérer très souvent.

Lorsque la fistule s'est produite, le pied est une des régions où l'infection mixte peut prendre une importance réelle, car elle se propage de synoviale en synoviale, d'os en os, et il n'est pas rare que finalement il y ait inflammation suppurative de toutes les articulations, de tous les os du pied, celui-ci

devenant, comme on dit classiquement, une véritable éponge purulente.

Mais cela est vrai surtout chez l'adulte et M. Brocca nous enseigne qu'à partir de ce moment le seul traitement vraiment bon est l'amputation : car l'étendue des organes infectés est ici suffisante pour que la septicémie puisse devenir importante et que par conséquent elle doive peser sur nos déterminations opératoires.

Il en est quelquefois de même chez l'enfant et les tuberculoses infectées du pied sont celles où l'amputation peut être indiquée : cela est certainement bien plus rare qu'au genou, mais cela est possible.

Mais l'astragalectomie est alors un moyen qui peut permettre d'éviter l'amputation en conservant un pied véritablement utile, solide et en bonne position, tandis que chez l'adulte elle ne donne qu'une ressource presque toujours insuffisante.

On ne doit pas, cependant, en abuser dans ces conditions, même lorsque l'état d'infection mixte est notable, l'immobilisation, les pansements très compressifs, les injections d'éther iodoformé dans les trajets fistuleux permettant la guérison plus souvent, qu'on ne le pense, surtout si on peut ajouter à cela l'action de l'héliothérapie.

Nous ne voulons pas nous occuper aujourd'hui de ce dernier point. L'observation ci-dessous prouve que l'astragalectomie refusée par la famille n'était pas indispensable et il ne semble pas qu'elle eût même abrégé la cure, aujourd'hui presque complète.

Nous insisterons sur quelques points de l'aspect radiographique. Nous dirons d'abord que le 17 mars 1921, environ six mois après le début, les os paraissaient normaux et que cependant environ un an après, la lésion tibio-astragaliennne était nette (Radio du 10 avril 1922). Sur la troisième radio, celle du 17 juillet 1922, qui accentue l'aspect de la lésion, on voit une région nettement foncée occupant le corps de l'astragale, le plateau tibial, et par contre tout le reste du squelette du pied est décalcifié. Cela prouve une fois de plus, comme M. Broca nous le fait voir tous les jours que la décalcification est un signe d'atrophie osseuse par immobilisation, par action trophique vicieuse, nerveuse ou inflammatoire, mais n'est pas un signe d'ostéite tuberculeuse.

L'ostéite raréfiant rend transparente par places, en véritables geodes, l'os ou le tissu mou ronge le tissu dur, se substitue à lui ; mais très souvent, l'os n'est pas ainsi vermoulu. Autour des régions enflammées, cariées, il y a plus ou moins d'ostéite condensante des trabécules voisines et l'aspect est celui que nous représentons ici (radio du 17 juillet 1922). On y voit le contraste absolu entre la tête et le corps de l'astragale, entre celui-ci et le calcaneum.

Les signes cliniques sont ceux d'une arthrite tibio-tarsienne, et la radioscopie confirme ce fait que les autres interlignes sont tout à fait nets, sauf l'astragalo-calcaneine postérieure.

OBSERVATION

(Suivre sur la planche l'évolution des lésions)

Denise C... âgée de 8 ans. Elle entre dans le service de M. Broca le 18 mars 1921.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Un enfant de 13 ans mort de la grippe, un autre bien portant.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme, nourrie au sein et au biberon ; la première dent apparaît à 8 mois et le premier pas à 15 mois. Elle a eu un zona, la rougeole et une otite à droite. A 2 ans, à la suite d'une luxation de sa hanche droite, on lui met un plâtre pendant six mois ; cette jambe est toujours restée faible.

Histoire de la maladie. — Depuis sa rougeole et depuis une chute il y a six mois, on constate une enflure de la cheville externe à droite, en même temps que l'enfant se fatigue à la marche.

Etat actuel : à l'examen du pied droit on note un épaississement très net de la synoviale qui se reconnaît à une tuméfaction siégeant en avant de la maléole externe et à un empatement des deux gouttières rétro-moléallaires avec chaleur locale. Il n'y a aucune limitation des mouvements de flexion et d'extension ou de rotation du pied, qui sont d'autre part absolument indolores. Absence d'aplatissement de la voûte plan-

taire. Légère atrophie musculaire de la cuisse et de la jambe. Pas d'adénopathie inguinale.

La radiographie montre peut-être un très léger aplatissement de la surface articulaire tibiale de l'astragale.

Le 2 avril 1921 on revoit l'enfant, qui est restée au repos et on note toujours en avant de la maléole externe une tuméfaction de la synoviale, sans gêne des mouvements du pied.

Le 20 avril 1921 : l'enflure a beaucoup diminué, les mouvements se font normalement et sans douleurs. Elle peut marcher.

Le 12 mai 1921 : l'enfant marche mal, en tournant son pied en valgus.

Le 26 mai, l'articulation n'est en rien changée. On lui fait un Wassermann qui se montre négatif.

Le 1^{er} juin : immobilisation dans un plâtre pendant un mois. L'enfant est revue par M. Broca, le 8 juillet 1921 et il fait replâtrer le pied.

Le 7 décembre 1923 : l'enfant est mise au traitement des frictions avec l'onguent napolitain. On fait garder le plâtre. Le 22 décembre on ne constate aucune amélioration. Les gouttières rétromalléolaires sont toujours tuméfiées, mais surtout on note un empâtement marqué en avant de la malléole externe. Chaleur locale avec point très douloureux au niveau de la tête de l'astragale. Au point correspondant à la tuméfaction on sent des fongosités. Tous les mouvements et surtout la flexion et l'extension sont limitées. On remet le plâtre.

L'enfant est revue le 23 janvier 1924 : l'articulation est grosse, chaude, on sent des fongosités. Le plâtre serrait un peu, on le change.

Le 2 mars on examine l'enfant et on trouve une tuméfaction volumineuse de l'articulation, surtout du côté externe, avec fluctuation. Une ponction faite le 3 avril ne ramène rien.

Nouvel examen le 10 avril : l'articulation semble avoir beaucoup diminué de volume. Les saillies de la synoviale derrière les malléoles sont diminuées. On note une amélioration.

Le 24 avril, la radio montre une lésion tibio-astragalienne assez marquée. L'enfant d'ailleurs se présente avec un gros gonflement de la région malléolaire externe. Les mouvements de flexion sont limités : celle de la sous-astragalienne. Nouvelle ponction blanche le 15 mai 1922.

Le 26 juin 1922, devant les lésions bien localisées à l'astragale, en conseille à la mère de laisser l'enfant pour une astragalectomie. On fait une ponction qui ramène très peu de pus. L'opération proposée n'est pas acceptée par le père. Nouvelle ponction blanche le 10 juillet, suivie d'une injection d'éther iodoformé. Le 17 juillet, la radio du pied montre au niveau de l'interligne tibio tarsienne une opacité marquée au niveau du corps de l'astragale et des deux épiphyses tibiale et péronière, estompant les contours de ces os. Les os du pied sous-jacents sont décalcifiés. Le pied est en bonne position, à l'angle droit. Le gonflement du côté externe de la jointure a beaucoup diminué.

Le 20 octobre 1922 on change le plâtre. L'abcès du côté externe a diminué. Six mois après, le 23 avril 1923, on trouve à l'examen un état local assez bon : la peau est souple ; il y a encore un peu de fluctuation. On remet un plâtre.

Nous revoyons pour la dernière fois l'enfant le 23 juin 1924. On trouve une atrophie importante des muscles jambiers.

Quelques fongosités en avant du péroné, le reste de l'articulation est sec. La radio montre la récalcification des os avec légère diminution de hauteur de l'astragale ; pas d'ulcération compressive.

L'enfant marche depuis environ trois mois avec un plâtre et ne souffre pas.

La longueur du pied droit est de 20 centimètres.

La longueur du pied gauche est de 22 centimètres.

Les jambes sont d'égale longueur.

On met un nouveau plâtre et on fait une injection de quelques gouttes d'éther iodoformé dans la petite bosselure fongueuse de l'articulation pour scléroser.

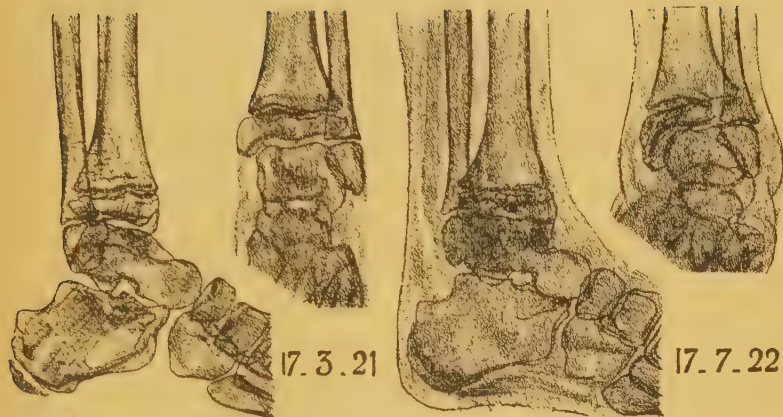


Fig. 1

Fig. 2

Fig. 5

Fig. 6



Fig. 3

Fig. 4

Fig. 7

Fig. 8

Lésion au début, où l'astragale paraît normal (fig. 1 et 2). Un an plus tard, l'ostéite du corps de l'astragale est nette (fig. 3 et 4), et elle est très accentuée au seizième mois, la partie malade est la partie foncée ; les os sains sont décalcifiés (fig. 5 et 6). Au bout de 2 ans 1/2, guérison presque complète ; l'enfant marche ; os récalcifié. Légère diminution de hauteur de l'astragale par ulcération compressive.

CONCLUSIONS

1° L'examen radiographique précoce n'a rien fait voir d'anormal, alors qu'il y eu ensuite des lésions certaines ;

2° Les lésions portent sur le corps de l'astragale, qui, selon la règle est foncé, la décalcification, qui est due à un trouble nutritif, portant sur les os sains ;

3° Il y a eu ulcération compressive du dos de l'astragale ;

4° Après un abcès traité par ponctions, la guérison a eu lieu sans astragalectomie.

Vu : le Président de la thèse,
BROCA

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur :
L'Inspecteur de l'Académie,
Illisible

